

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

539

ANNEE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933.

PAR

Simone PÉNICAUD

Née le 6 juillet 1907, à Paris

**L'Uretère des Reins mobiles
étudié par l'Urétéro-Pyélographie
rétrograde**

Président de Thèse : M. le Professeur MARION

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

L'Uretère des Reins mobiles
étudié par l'Urétéro-Pyélographie rétrograde



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933.

PAR

Simone PÉNICAUD

Née le 6 juillet 1907, à Paris

**L'Uretere des Reins mobiles
étudié par l'Urétéro-Pyélographie
rétrograde**

Président de Thèse : M. le Professeur MARION

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N. FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOLLETT.
	NOBÉCOURT.
	II. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENNORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MAUGLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . . . Neurologie et psychiâtr.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET. Pharmacologie.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART
 d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HALPHEN. Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiâtrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET FILS. . . Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER. . . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAI.	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	METZGER.	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, Profes- seur sans chaire. . .	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage bien faible de ma gratitude.

A MON FIANCE

En gage de profond amour.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

Professeur de Clinique d'Urologie
Chirurgien de l'Hôpital Necker

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR CHEVASSU
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Hommage de profonde gratitude et de vive
reconnaissance pour les documents pré-
cieux qu'il a bien voulu me confier.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

La ptose rénale affection féminine par excellence, puisque les diverses statistiques recueillies révèlent un pourcentage de fréquence de 87 à 90 % chez la femme ne pourrait-elle le plus souvent relever d'une origine pelvienne ? N'y aurait-il pas là une relation de cause à effet capable d'apporter dans certains cas quelques éclaircissements sur cette question dont la pathogénie est et restera encore, il faut bien l'avouer trop souvent obscure.

Telle est la question qu'il a paru intéressant à notre Maître, le Professeur CHEVASSU de soulever ici ; et grâce à l'admirable méthode d'investigation qu'est l'urétéro-pyélographie rétrograde, méthode préconisée par M. CHEVASSU et appliquée en grand au pavillon ALBARRAN nous avons pu recueillir des renseignements intéressants sur les déplacements du rein et de l'urètre sous-jacent. Combien de fois, en effet, notre Maître a-t-il pu décéler par la simple interprétation d'un cliché urétéro-pyélographique, des antécédents génitaux chargés : grossesses antérieures, fausses couches, salpingite chez des malades qui n'osaient l'avouer ! M. PELLÉ dans sa thèse en 1930, insistait déjà sur ce fait et publiait l'observation d'une femme particulièrement intéressante à ce point de vue ; nous nous permettons d'en rapporter ici les grandes li-

gnes : « Malade atteinte de pyélonéphrite colibacillaire est traitée par une sonde urétérale à demeure dès son entrée et guérie en une dizaine de jours. Un cliché urétéro-pyélographique pratiqué montre : un rétrécissement de l'urètre pelvien avec fuseau lombaire et ptose rénale. Par un interrogatoire discret M. CHEVASSU apprend que six ans auparavant la malade avait présenté un accouchement difficile, deux ans plus tard une salpingite droite ».

Cette simple observation n'est-elle pas déjà la clé du problème que nous nous posons ici : antécédents génitaux chargés, ptose rénale consécutive ; n'est-on pas en droit de voir là une corrélation et de chercher à rattacher les deux faits.

Cependant, avant d'entrer dans le détail de nos observations, il nous paraît nécessaire pour la bonne intelligence de ce qui va suivre de jeter un coup d'œil rapide sur l'évolution des idées relatives à la pathogénie du rein mobile. Nous discuterons rapidement ces diverses théories montrant qu'en réalité aucune tendance n'a envisagé le problème sous ce nouvel aspect. Nous nous appuierons pour cela sur l'étude d'une quarantaine d'observations de reins mobiles fixés dans le service de l'Hôpital Cochin et sur l'étude urétéro-pyélographique de chacun de ces cas. Ainsi nous pourrons nous rendre compte que si, bien souvent la véritable cause de la ptose rénale n'a pu être élucidée c'est que le point de départ n'en a pas toujours été recherché directement dans les causes gynécologiques.

Mais avant d'aborder l'étude de la question, qu'il nous soit permis de présenter ici à M. le Professeur CHEVASSU, l'expression de notre humble reconnaissance pour les précieux documents qu'il a bien voulu nous confier et pour les bons conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici avec nos sincères remerciements, l'expression de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

Les déplacements et la mobilité anormale des reins avaient déjà été notés sur le cadavre, par MESNIÉ en 1561 et par RIOLAN en 1649. BAILLIE pour la première fois en 1825 signale son existence sur le vivant, mais c'est RAYER qui attira surtout l'attention sur cette « anomalie » et considère la mobilité du rein comme un « état morbide peu étudié et beaucoup plus fréquent qu'on ne croit ».

En 1859, FRITZ en publie trente-cinq observations et l'histoire clinique du rein mobile s'édifie peu à peu grâce aux travaux de DIEHL, BECQUET, CHROBACK ; puis de LANCEREAUX, GUYON, LE DANTEC, GLÉNARD, ALBARRAN et LEGUEU en France ; LANDAU, KÜTTNER, KÜSTER, ISRAEL en Allemagne ; LLYOD, NEWMANN, MORRIS en Angleterre ; DELITZINE en Russie.

La première intervention pour rein mobile fut faite à Berlin sous forme de néphrectomie en 1878 ; en 1881 HAHN fit la première néphropexie. Cette méthode fut ensuite perfectionnée en France par GUYON, TUFFIER, mais surtout par ALBARRAN qui imagina un nouveau procédé de néphropexie par décapsulation partielle du rein et lambeaux capsulaires. Enfin, la radiographie et mieux aujourd'hui l'urétéro-pyélographie rétrograde due à M. CHEVASSU ont apporté les nouveaux docu-

ments que l'on sait si précieux dans l'étude du rein mobile.

C'est cette méthode que nous voudrions développer ici tout d'abord.

MÉTHODE DE L'URÉTÉRO-PYÉLOGRAPHIE RÉTROGRADE

C'est pour la première fois en 1928, à la Société de Chirurgie que M. le Professeur CHEVASSU a présenté un cliché urétéro-pyélographique sur lequel il avait posé le diagnostic de rétrécissement de l'urètre pelvien. Depuis lors, cette méthode a été perfectionnée par notre Maître et appliquée ensuite en grand au pavillon ALBARRAN, de l'Hôpital Cochin où elle rend des services d'une importance considérable.

Le principe de la méthode a été exposé par M. CHEVASSU dans *les Cahiers de la Radiologie*, supplément au n° 18 du 1^{er} octobre 1932, de la *Gazette Médicale de France* ; nous nous permettrons de le rapporter ici-même.

« Les lésions du rein et de l'urètre, si l'on en excepte la plupart des néphrites médicales et certaines pyélo-néphrites légères s'accompagnent de modifications du système excréteur du rein : papilles, petits et grands calices, bassinet, urètre. En injectant dans ces cavités une substance opaque aux rayons X jusqu'à ce qu'elles soient complètement remplies et en prenant un cliché à l'instant même où elles sont mises en tension on réalise un véritable moulage radiographique de l'arbre urétéro-rénal.

Pour mettre l'arbre excréteur en tension, il faut que le liquide injecté puisse être progressivement accumulé dans les conduits sus-vésicaux sans qu'il reflue dans la vessie ».

L'injection urétérale se fait à l'aide de sondes urétrales un peu spéciales dont l'extrémité se termine par un renflement conique qui forme bouchon au niveau du méat urétéral empêchant le liquide de refluer dans la vessie ; ce renflement est opaque aux rayons X de façon à permettre de préciser la situation de l'orifice urétéral.

Le liquide injecté. — Il faut employer une substance aussi peu irritante que possible. Au début, la substance employée était une solution d'iodure de sodium à 30 % ; or, cette substance était trop irritante. Aussi actuellement, doit-elle être rejetée et à sa place on utilise l'uroselectan, le ténébryl ou le diagnorénol en ampoules de 20 cm³ qui ne sont ni irritantes ni douloureuses.

Technique. — L'individu à examiner est placé sur la table de cystoradiographie sous laquelle un diaphragme genre POTTER-BUCKY glisse dans un caisson spécial.

On introduit alors la sonde dans le méat urétéral ; la boule olivaire écarte le méat urétéral sans s'engager complètement. Avec une olive un peu grosse (N° 20), l'urètre est alors bouché. On injecte la solution opaque très doucement jusqu'au moment où la malade accuse une sensation désagréable dans la région lombaire ; c'est une douleur de distension

pyélique ; on est alors certain que l'urètre est en pleine distension. A ce moment, on prend un premier cliché ; une minute après on en prend un second.

Un examen radioscopique termine toujours l'examen radiographique afin de vérifier l'élimination du liquide opaque et les mouvements du rein.

Après l'opération, il est préférable de reporter la malade dans son lit et de la laisser au repos pendant quelques heures.

Contre-indications. — Azotémie élevée, état de dépression physiologique importante.

Résultats. — Les renseignements fournis ainsi par l'urétéro-pyélographie rétrograde sont d'une importance considérable, mais demandent à être bien interprétés. Aussi voyons d'abord l'aspect d'un urètre normal.

Au-dessus de la boule opaque, on voit l'urètre s'infléchir et décrire la courbe pelvienne, il se redresse ensuite au niveau du détroit supérieur.

Images anormales. — Nous ne nous occuperons pas ici des cas où :

1° L'urètre est d'aspect normal, mais présente toutefois une petite zone rétrécie sans dilatation des cavités urétéro-pyéliques sus et sous-jacentes ; il s'agit alors d'un spasme passager ;

2° L'urètre semble normal, mais le bassin dilaté. Ce qui nous intéresse ici ce sont les cas où l'urètre est franchement pathologique avec anomalie de calibre et de direction : c'est le cas du rétrécissement de

l'urètre de cause gynécologique. Ces rétrécissements en général tout en étant très nets sont facilement franchissables par le liquide opaque. On voit alors sur le cliché : au-dessus du rétrécissement une zone dilatée due à la pression exagérée du liquide. Cette zone dilatée va en s'élargissant sur toute la longueur de l'urètre lombaire formant « le fuseau lombaire » ; il se continue à la partie supérieure par « le siphon ». A son extrémité supérieure, en effet, l'urètre s'infléchit et change complètement de direction ; de vertical qu'il était, il décrit une courbe à concavité inférieure, puis aussitôt après se redresse brusquement et se dirige vers le bassin ; nous savons, en effet, qu'à ce niveau l'urètre est très mal fixé à la paroi abdominale postérieure.

En résumé. — Trois ordres de modifications apportées à la morphologie normale de l'urètre :

- 1° Rétrécissement de l'urètre pelvien ;
- 2° Fuseau lombaire sus-jacent ;
- 3° Siphon.

Critiques. — Cette méthode a été l'objet de plusieurs critiques. Avant tout, le gros reproche qu'on lui fait c'est d'injecter le liquide à contre-courant, mais comme l'a montré M. CHEVASSU le fait d'introduire une sonde dans l'urètre est un traumatisme beaucoup plus violent que le simple passage d'un liquide.

Le second reproche, c'est de confondre un rétrécissement avec des spasmes ; or, puisque l'on prend deux clichés à une minute d'intervalle, l'on évite fatalement cette erreur.

Si l'image est douteuse on peut prendre d'autres clichés, mais surtout on peut suivre à la radioscopie l'évacuation du liquide.

Toutes ces critiques, en réalité, n'en sont pas et la méthode urétéro-pyélographique reste néanmoins le procédé de choix dont on dispose, lorsqu'on veut étudier l'appareil urinaire en entier.

MOBILITÉ RÉNALE

REINS MOBILES ASEPTIQUES

REINS MOBILES INFECTÉS

Définition du rein mobile. — Depuis que la question de mobilité rénale a été soulevée, les auteurs ont discuté pour savoir réellement ce que l'on entend par un rein mobile. Chacun sait, en effet, que normalement, le rein n'est pas absolument fixé dans la fosse lombaire ; il est influencé par les mouvements respiratoires s'abaisse en inspiration et remonte en expiration ; de plus, suivant l'attitude du sujet, il change de position. D'après la majorité des auteurs, cette mobilité physiologique varie entre trois et cinq centimètres (plus marquée chez la femme que chez l'homme).

Qu'entend-on alors par un rein mobile ? Tout rein palpable est-il déjà ptosé anormalement ? Ici, les idées divergent dans les deux sens ; pour certaines écoles, l'école allemande en particulier tout rein palpable n'est pas forcément pathologique. Pour l'école française, au contraire, tout rein palpable est déjà pathologique, elle reconnaît alors trois degrés de ptose rénale :

- 1° L'extrémité supérieure est encore au contact des
- 2° Le rein est tout entier au-dessous des côtes ;
- dernières côtes ;

3° Le rein n'a plus aucun rapport avec la paroi lombaire, il est devenu abdominal parfois même dans les cas extrêmes on a pu le trouver dans le bassin (c'est le rein flottant proprement dit).

Mobilité physiologique du rein. — Le rein n'est donc pas immobile dans la fosse lombaire ; il est influencé par les mouvements du diaphragme, s'abaisse en inspiration, s'élève en expiration ; il monte et descend ainsi dans le coussinet adipeux très fluide péri-rénal ; ses mouvements sont limités vers le bas par l'élongation du pédicule qui constitue son véritable moyen de fixation ; tous les autres moyens invoqués classiquement : fascia périrénal, péritoine pariétal n'interviennent qu'indirectement par l'intermédiaire de la capsule. Lorsque le rein s'abaisse ainsi dans ses mouvements physiologiques il entraîne avec lui la portion initiale de l'urètre et le bassinet ; la portion sous-rénale au contraire reste fixe et ainsi se constitue une véritable « charnière urétérale » sur laquelle M. CHEVASSU insiste. Si pour une raison quelconque le rein vient à se mobiliser la portion mobile de l'urètre immédiatement sous-jacente est entraînée avec lui et la charnière s'accroît. Dès lors, elle devient le point de départ de rétentions pyéliqucs plus ou moins importantes aboutissant parfois à des dilatations des cavités rénales réalisant de véritables hydronéphroses, soit petite hydronéphrose intermittente avec crises douloureuses passagères, soit grosse hydronéphrose avec rein très augmenté de volume.

Mais les choses n'en demeurent pas toujours ainsi

et fréquemment on voit ces hydronéphroses s'infecter, se transformer rapidement en uro-pyélonéphrose. L'agent microbien que l'on retrouve habituellement au cours de ces infections étant le coli-bacille, la question qui s'est posée dès le début de ces recherches était de connaître l'origine de cet agent pathogène. La voie ascendante a été discutée pour être éliminée de suite ; il est très rare en effet de voir l'infection se propager par cette voie qu'il n'a été possible de démontrer qu'une seule fois. Par contre, dès 1892, REBLAUD apportait au « Congrès de Chirurgie », une communication « Affections du rein et du bassinet consécutives à la compression de l'urètre par l'utérus gravide » dans laquelle il publiait les observations de cinq malades chez lesquelles il démontrait l'origine sanguine de l'infection. Il pensait qu'elle était précédée d'une hydronéphrose due à la compression des urètres par l'utérus gravide.

On sait, en effet, que le colibacille est l'hôte habituel de l'intestin ; dès qu'il y a stase intestinale la muqueuse laisse passer le colibacille ; les agents microbiens émigreraient dans les capillaires intestinaux et se déverseraient dans le sang ; d'où septicémie. Au niveau du rein, ces agents microbiens sont éliminés ; si le fonctionnement rénal est parfait rien d'anormal ne se produit ; mais si à ce niveau, il existe une hydronéphrose, même simple rétention pyélique, le colibacille va trouver là un véritable milieu de culture et pourra s'y développer abondamment transformant notre rein mobile primitivement *aseptique* en véritable

foyer d'infection, ce sont les *reins mobiles infectés*. Sans aller jusqu'à la grande infection, il n'est pas rare de voir d'ailleurs au cours des néphropexies le parenchyme rénal criblé de petits abcès récents ou anciens de pyélo-néphrite.

D'après ce que nous venons de voir lorsqu'il existe au niveau de l'urètre un obstacle quelconque à l'écoulement normal de l'urine, soit rétrécissements intrinsèques, soit rétrécissements par compression, l'urètre par la pression exagérée de l'urine au-dessus de l'obstacle distend ses parois change de direction, en un mot, subit les déformations considérables que nous constatons à l'urétéro-pyélographie rétrograde et dont nous avons déjà parlées.

En étudiant les clichés de reins mobiles en grand nombre, M. CHEVASSU a été frappé de voir la fréquence des altérations de l'image urétérale, non seulement au niveau de la zone juxta-rénale, mais plus bas au niveau de l'urètre pelvien ; or, les altérations de l'urètre consécutives à la pathologie génitale de la femme ont été bien mises en évidence par l'urétéro-pyélographie rétrograde et étudiées dans la thèse de M. PELLÉ en 1930, inspirée par M. CHEVASSU : « rétrécissements de l'urètre pelvien chez la femme ».

Rapprochant les déformations urétérales qu'il observait au cours du rein mobile, de celles observées au cours des rétrécissements urétéraux d'origine gynécologique et pelvienne, notre Maître s'est demandé si ces déformations urétérales n'étaient pas capables à elles seules de faciliter la production du rein mobile,

Autrement dit, si chez la femme, un grand nombre de reins mobiles observés n'étaient pas sous la dépendance de lésions urétérales primitives.

Lorsqu'on étudie, d'autre part, au point de vue anatomique les rapports qui existent entre appareil génital et appareil urinaire chez la femme, en est frappé de voir l'étroite relation qui existe entre ces deux appareils. M. CHEVASSU dans l'*Encyclopédie Française d'Urologie* en donne la description suivante :

« Les urétéres pelviens sont d'abord en rapport avec l'ovaire et la trompe ; il suffit de relever l'aileron postérieur du ligament large pour apercevoir en arrière de la fossette ovarienne la première portion de l'urétére pelvien. De plus, à ce niveau, l'urétére est tout proche de l'appareil vasculaire qui glisse sous le relief musculaire du ligament infundibulo-pelvien.

Plus bas, les urétéres s'avancent vers l'utérus formant autour de lui comme une sangle oblique. Sur les flancs de l'utérus en plein ligament large, les urétéres restent encore à une certaine distance de l'isthme utérin, il continue par contre à être en contact intime avec les éléments vasculaires et les lymphatiques de la chaîne hypogastrique. Sorti du ligament large, l'urétére glisse devant l'axe utéro-vaginal pour finir assez bas sur la face antéro-latérale du vagin, en pleine cloison vésico-vaginale. C'est là, qu'à l'état normal, les relations sont le plus intime entre l'appareil urinaire et l'appareil génital de la femme ».

« Utérus et vagin forment donc un axe que l'appareil urinaire entoure ».

De toutes les causes génitales, il est bien certain que celle qui agit le plus directement sur l'urètre est la grossesse. Lorsqu'on étudie en série des clichés urétero-pyélographiques de femmes enceintes, on voit, en effet, la tumeur pelvienne formée par l'utérus augmenté de volume s'appliquer au détroit supérieur contre l'urètre, exerçant sur lui une compression plus ou moins considérable. Il n'est pas besoin d'ailleurs, que la grossesse soit très évoluée pour observer des déformations urétérales importantes ; c'est souvent dans les premiers mois de la grossesse au moment où l'utérus augmente rapidement de volume et quitte le petit bassin qu'apparaissent des lésions de l'urètre qui se traduisent avant tout par une dilatation parfois énorme (plusieurs centimètres) et pouvant être le point de départ de pyélo-néphrite plus ou moins grave.

Lorsque la compression disparaît après l'accouchement, l'urètre a tendance à reprendre sa forme initiale ; mais il persiste néanmoins dans la majorité des cas des déformations de la paroi urétérale qui a la simple interprétation d'un cliché urétero-pyélographique permettent presque à coup sûr d'affirmer la grossesse antérieure.

Quant aux suppurations pelviennes, elles déterminent au niveau de l'urètre pelvien une véritable dislocation de la paroi, soit par urétérite proprement dite, soit le plus souvent par péri-urétérite ; les lésions qu'on observe sont alors du même ordre que celles causées par la grossesse, les mêmes déformations s'y retrouvent.

En étudiant plus loin nos observations, nous verrons en détail sur nos clichés urétéro-pyélographiques quelles sont ces lésions urétérales au fur et à mesure et quel rôle elles peuvent jouer dans les déplacements pathologiques du rein.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DU REIN MOBILE

Lorsqu'on aborde l'étude de ce chapitre de pathogénie des ptoses rénales on est frappé de suite par la diversité des théories qui ont été émises à ce sujet ; la majorité des auteurs qui se sont occupés de la question ont voulu expliquer la mobilité rénale par une théorie unique. Or, ainsi que l'a très bien montré PAPIN dans son article sur le rein mobile dans l'*Encyclopédie Française d'Urologie*, il n'existe pas une cause de mobilité rénale, mais de multiples causes et chaque théorie répond à une de ces causes. Nous allons rapidement passer en revue ces diverses conceptions et nous montrerons comment aucune d'entre elles n'a envisagé la possibilité d'un retentissement pelvien sur la fixité des reins.

Au point de vue *étiologique*, la ptose rénale se voit surtout chez l'adulte ; elle est rare chez l'enfant, mais pas exceptionnelle, ainsi que l'ont montré DEHILLOT (Thèse de Montpellier, 1910-1911) et DUPOUX (Thèse Paris, 1902).

Elle se voit surtout chez la femme ; toutes les statistiques sont d'accord pour révéler une fréquence de 87 à 90 %. Personnellement, sur 47 observations, nous n'avons que cinq cas chez l'homme.

La ptose rénale porte le plus fréquemment du côté droit chez la femme ; elle est très rare à gauche, dans ce cas, souvent bilatérale. Chez l'homme, au contraire,

c'est le côté gauche qui est le plus souvent touché.

Revue des diverses théories pathogéniques. — Pour beaucoup d'auteurs, le fait primordial qui intervient dans l'étiologie des ptoses rénales c'est la *disposition congénitale* ; ainsi l'ont démontré ALBARRAN, VOLKOW et DELITZINE (moulages des fosses paravertébrales). Certains individus, en particulier les femmes, du fait de leur constitution anatomique de l'étroitesse de la base du thorax et de la forme de leurs régions lombaires auraient une prédisposition particulière. Pour ces auteurs, la néphroptose serait un stigmate de dégénérescence pouvant être héréditaire ce qui expliquerait qu'il existe de véritables familles de ptosiques.

CHAMNEY avait déjà remarqué cette différence de constitution, il disait : « Le corps de l'homme est un cylindre creux, celui de la femme un sablier ».

Par opposition aux dispositions congénitales, on étudie les *dispositions acquises*. Dans ce cas, on distingue les dispositions communes aux deux sexes, et celles propres à la femme.

a) Communes aux deux sexes : Nous citerons des causes purement mécaniques : comme le traumatisme, mais ici il s'agit d'une véritable luxation du rein et encore faut-il que le traumatisme ait porté directement sur les régions lombaires. A côté de la luxation violente du rein, plaçons les petits traumatismes répétés inhérents à certaines professions. De même, l'augmentation de volume et de poids du rein entraîne la ptose, soit par congestion passive de l'organe, soit par des hydronéphroses ; mais remarquons de suite qu'on

trouve fréquemment de petits reins granuleux très mobiles.

Abordons maintenant, l'étude de l'influence des moyens de suspension ; là, il est bien certain que tous les phénomènes observés sont secondaires à l'abaissement du rein et non primitifs (relâchement des ligaments rénaux, formation de mésonéphros, allongement du pédicule vasculaire sont la conséquence de la mobilité rénale et non la cause).

On a incriminé également l'amaigrissement ; il joue certainement un rôle, bien que l'on ait observé souvent chez les ptosiques un coussinet adipeux périrénal augmenté.

Devant l'échec de toutes ces théories, certains auteurs ont été amené à invoquer le rôle de la sangle abdominale. Pour ces auteurs,, VOLKOW et DELITZINE en particulier, ce serait là le moyen primordial de fixité du rein ; de nombreuses expériences ont été faites sur le cadavre debout ; si l'on vient, en effet, à ouvrir l'abdomen, les reins s'abaissent ; il en est de même si sans ouvrir le péritoine on enlève la couche musculaire abdominale ; la masse des viscères abdominaux jouerait le rôle d'une véritable pelote qui appliquerait les reins contre la paroi postérieure. Ainsi toutes causes pouvant diminuer la tonicité des muscles abdominaux : amaigrissement général et rapide, ponction d'ascite, ablation de grosses tumeurs abdominales, grossesse en particulier interviendraient dans le même sens.

GLÉNARD au Congrès d'Urologie de 1902 a soutenu

l'influence des organes voisins ; c'est la théorie de l'entéro-ptose ; pour lui, il n'y a pas de maladie isolée méritant le nom de rein mobile ; la néphroptose n'est qu'un épiphénomène lié à l'entéro-ptose, celle-ci débutant par l'angle du côlon entraîne ensuite le rein et les autres viscères. Cette théorie nous semble bien exagérée, car le plus souvent la ptose rénale est bien isolée et ainsi que l'a montré Lucas CHAMPRONNIER la plupart des malades sont guéries par la néphropexie.

L'augmentation de volume du foie a été invoquée pour expliquer la plus grande fréquence de la néphroptose à droite. BOUCHARD soutient que les poussées congestives du foie avec ou sans ictère refoulent le rein ; or, il est bien surprenant de voir dans certains cas de volumineuses tumeurs du foie n'avoir aucune action sur le rein.

Restent maintenant à étudier les dispositions spéciales à la femme ; celles qui nous intéressent tout particulièrement.

Depuis très longtemps on a attribué à la grossesse le rôle primordial dans la ptose rénale, mais l'explication qu'on en donnait alors était uniquement la sangle abdominale, actuellement l'explication qu'on en donne est toute autre.

Quant aux altérations pelviennes, aucune théorie bien nette ne les a fait intervenir. En cherchant dans la bibliographie on trouve toutefois en dehors de la communication de REBLAUD au Congrès de Chirurgie de 1892, dont nous avons déjà parlée, une communication de Paul DELBET, faite au Congrès d'Urologie

en 1902, dans laquelle il affirme comme démontrée l'origine utérine, mais sans apporter de preuves bien sérieuses : toutefois, cette tendance est à retenir, car c'est la seule qui ait été faite dans ce sens.

Voici ce que DELBET dit de cette question :

« En dehors des cas traumatiques et congénitaux, le rein mobile est une maladie d'origine presque toujours utérine et est la conséquence d'une infection atténuée ».

Le vagin et le col utérin s'infectent. Cette infection gagne de proche en proche le paramètre ; elle remonte ensuite, soit en suivant l'urètre et le rein soit le long du tissu cellulaire sous-péritonéal et atteint l'atmosphère périnéale.

Là cette infection atténuée provoque un œdème analogue à celui que l'on observe dans le paramètre à la suite des métrites, œdèmes qui amène la fonte de la graisse périnéale, la dissociation des tractus conjonctifs qui fixent le rein. Le rein s'abaisse ensuite sous l'influence de son propre poids. DELBET fait de plus remarquer que « la plupart de ces malades sont des infectées ». Il s'appuie également sur ce fait pour expliquer le rein mobile chez l'homme. POTAIN avait déjà fait remarquer que chez l'homme le rein mobile accompagne la colite muco-membraneuse, l'infection se propage du côlon à l'atmosphère périnéale.

Et DELBET de conclure :

« Le rein mobile est un accident de la vie génitale, il est la conséquence des infections utérines ».

D'autres auteurs dont THIBIAR en particulier ont prétendu au contraire que le rein mobile était cause de

troubles génitaux « Troubles de l'appareil génital de la femme, consécutifs au rein mobile » (*Mercredi médical, du 12 octobre 1892*) l'explication qu'ils en donnent est assez peu fondée.

Maintenant que nous avons vu les rapports anatomiques qui unissent si étroitement appareil génital et urinaire comment ne pas songer au retentissement possible de l'un sur l'autre appareil ? Dans l'*Encyclopédie Française d'Urologie*, M. CHEVASSU écrit : « On est surpris quand on songe à la fréquence des inflammations pelviennes qui transforment le petit bassin en un bloc phlegmoneux et aux stigmates qu'elles laissent fréquemment derrière elles, de voir la tolérance avec laquelle les urètres supportent d'être plongés dans de pareilles gangues de péri-urétérites ».

En réalité, ainsi que nous le montrent nos observations et l'urétéro-pyélographie rétrograde l'urètre est très souvent intéressé à ces lésions et c'est ainsi que se constituent les rétrécissements inflammatoires de l'urètre avec fuseau lombaire et siphon. Cette dislocation de la paroi urétérale va se traduire du côté du rein par une rétention pyélique plus ou moins importante et un abaissement du rein.

Les observations que nous allons voir à présent ont été réunies au pavillon ALBARRAN depuis 1929. Il s'agit là de reins mobiles qui ont été fixés dans le service sous le contrôle de l'urétéro-pyélographie rétrograde. Nous allons donc étudier ces observations en détail et voir les renseignements que nous pourrions en tirer.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli en tout 47 observations de reins mobiles fixés dans le service depuis 1929 (43 femmes et 4 hommes ; nous ne nous occuperons ici que des femmes). Nous avons recherché soigneusement pour ces malades leurs antécédents et suivant qu'elles ont présenté : des grossesses sans affections pelviennes ; des grossesses avec affections pelviennes concomitantes ; des affections pelviennes sans grossesse, ou absolument aucun antécédent génital nous les avons réunies en différentes catégories. C'est le détail de ces observations que nous allons voir dès maintenant.

Remarques

I. — Toutes les urétéro-pyélographies rétrogrades étudiées prennent comme base des rapports avec les costoïdes l'extrémité supérieure du calice supérieur ;

II. — Toutes les néphropexies que nous publions ici ont été pratiquées par la méthode d'ALBARRAN : décapsulation de la partie supérieure du rein, formation de lambeaux capsulaires, et fixation par fils non résorbables passés par voie transpleurale au-dessus des dernières côtes 11^e autant que possible ;

IV. — Nous avons subdivisé chacun des chapitres qui vont suivre en deux parties :

Reins mobiles aseptiques d'abord, reins mobiles infectés ensuite :

I. — *Ptose rénale chez des malades ayant présenté une ou plusieurs grossesses sans affection pelvienne*

OBS. I. — M^{me} B..., 36 ans, est entrée le 6 août 1930 dans le service pour douleurs lombaires droites extrêmement violentes. La malade dit avoir toujours souffert de ses reins depuis 1927, date à laquelle elle présente un *accouchement à terme normal* ; les phénomènes douloureux sont apparus un mois après son accouchement ; ce sont des douleurs permanentes avec crises paroxystiques devenues plus violentes depuis ces derniers mois.

Examen : La palpation montre un rein droit très mobile et très saillant en avant.

Le rein gauche n'est pas perceptible.

Bactériologie : Les deux reins *sont aseptiques*.

Examen fonctionnel : Aucune déficience fonctionnelle.

Uretero-pyélographie rétrograde (U.P.R. montre : le pôle sup. du calice supérieur est situé entre la 2^e et la 3^e costotide lombaire. Petite dilatation pyélo-calicienne. Coudure de l'urètre à son origine ; urètre sous-jacent à peu près normal.

Néphropexie droite : Faite le 22 août 1930. Suites opératoires normales, la malade sort le 22 septembre en bonne santé.

Urétéro-pyélographie après pexie : le pôle supérieur du calice sup. est au niveau du 1^{er} costotide.

OBS. II. — M^{me} K..., 60 ans, est amenée d'urgence d'urgence à l'hôpital le 10 octobre 1932 pour hématuries et douleurs lombo-iliaques droites extrêmement violentes.

Antécédents : 12 enfants à terme.

Examens : Scoliose vertébrale lombaire d'ailleurs peu considérable ; palpation : on ne sent pas le rein ; bactériologie : *deux reins aseptiques*.

L'. P. R. nous montre : deux reins ptosés, calice sup. gauche au 2° costoïde ; calice sup. droit au 4° costoïde.

De plus, le rein droit a complètement basculé ; ses cavités sont fortement dilatées.

L'urètre droit décrit au-dessous du bassinnet une véritable anse ; il est fortement fusiforme en zone sacrée et présente un nouveau siphon à concavité inférieure à quatre centimètres avant l'orifice urétéral.

L'urétéro gauche présente un petit fuseau lombosacré et une coudure à angle droit au niveau du 4° costoïde.

Néphropexie droite le 26 octobre 1932. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 18 novembre 1932.

OBS. III. — M^{me} C..., 37 ans, entrée le 11 juillet 1932. Vient pour douleurs lombaires droites accompagnées de troubles urinaires. Début remonterait à un an environ avant son entrée, mais c'est depuis trois ou quatre mois que la douleur est plus accentuée.

Antécédents : *deux enfants 11 ans et 9 ans*.

Examen : rein droit palpable.

Deux reins *aseptiques* et comparable au point de vue fonctionnel.

U. P. R. : Ptose bilatérale. z

Rein gauche : Pôle supérieur du calice sup. au 2° costoïde.

Rein droit : Pôle sup. du calice sup. à l'union des 2° et 3° costoïdes. Pas de grosse altération urétérale cependant une coudure antéro-postérieure au-dessous du bulbe. Un fuseau lombaire.

Néphropexie : Le 30 juillet 1932. Spites opératoires normales, la malade sort très améliorée le 22 août 1932.

OBS. IV. — M^{me} S..., 31 ans, entrée le 14 novembre 1929 pour hématuries totales, indolores survenues trois semaines avant son entrée. Pas de douleur concomittante dans la région lombaire. Pas de signes de cystite.

Antécédents : *Deux enfants à terme*. Pas de fausse couche.

Examen : La palpation permet de sentir un rein droit qui semble abaissé.

Séparation des urines : Légère déficience fonctionnelle à droite. *Reins aseptiques*.

U. P. R. : Ptose rénale droite. Pôle supérieur du calice supérieur entre les 2° et 3° costoïdes. Distension pyélo-colicienne siphon très accentué sur le 5° costoïde. Fuseau lombaire marqué urétéro-pelvien relativement étroit à sa partie moyenne (Voir U. P. R., planche n° 1).

Néphropexie droite : Suites opératoires normales ; la malade quitte l'hôpital le 28 décembre 1929 très améliorée.

Avant son départ une U. P. R. de contrôle est pratiquée et montre : le pôle sup. du calice sup. au-dessus du 1^{er} costoïde. Siphon presque redressé.

OBS. V. — M^{me} G..., 25 ans, entrée le 21 février 1931 pour douleurs lombaires droites survenues progressivement depuis le 8 février, d'abord sous forme de courbature et se précisant peu à peu, assez fortes pour obliger la malade à rester alitée. Pas de troubles urinaires associés. Pas de signes de cystite. Aurait présenté pendant trois jours avant son entrée de la température à 38°5-39°.

Antécédents : *Deux enfants à terme* 3 ans et 2 ans.
Pas de fausse couche.

Au deuxième accouchement, rétention placentaire nécessitant un curettage ; depuis pertes blanches abondantes.

Examen : La palpation du rein droit donne le contact lombaire ; rien à gauche.

Séparation : *Reins aseptiques*. Pas de déficience fonctionnelle.

Toucher vaginal : Pas de masse annexielle.

U. P. R. : Rein droit, pôle sup. du calice sup. au 1^{er} costoïde. Urètre non sinueux avec une interruption au niveau du point déclive du calice inférieur (artère anormale ?) Léger fuseau. Urètre pelvien de petit calibre, légère dilatation pyélo-calicienne.

Néphropxie droit : Le 26 mars. Suites opératoires normales. Nouvelle urétéro-pyélographie après pexie. Pôle sup. du calice sup. entre D12 et L1. L'interruption est diminuée, mais encore reconnaissable.

Sort bien portante le 18 avril 1931.

OBS. VI. — M^{me} D..., 56 ans entrée le 1^{er} juillet 1931. Malade qui souffre depuis vingt ans de crises douloureuses dans la région lombaire droite. Les phénomènes douloureux commencèrent au cours de sa troisième grossesse à l'âge de 26 ans et allèrent en s'accroissant progressivement jusqu'à devenir intolérables au moment de son entrée.

Antécédents : En 1900, *première grossesse*, fausse couche de quatre mois ; en 1903 : *deuxième grossesse* extra-utérine ; en 1905 : *troisième grossesse* à terme.

Examen : Rein droit non perceptible.

Bactériologie : *Reins aseptiques*.

U. P. R. : Rein droit bas situé avec fuseau lombaire et coudure urétérale.

Néphropexie droit : La malade sort le 5 août 1932 très soulagée.

OBS. VII. — M^{me} C..., 25 ans. Entrée le 6 novembre 1929 pour douleurs lombaires droites avec irradiations dans le côté droit de l'abdomen, datant de quatre mois.

La malade a présenté *un accouchement* 4 ans auparavant et depuis se plaint de souffrir des reins surtout au moment des règles. Mais c'est depuis quatre mois lors d'une appendicectomie que les douleurs se sont accentuées. Pas de signes de cystite.

Examen : Douleurs à la palpation du rein droit. Fosse iliaque droite douloureuse.

Toucher vaginal : Pas de douleurs dans les culs-de-sac. Utérus déplacé légèrement à droite.

U. P. R. : Rein droit ptosé. Pôle sup. du calice sup. entre 2^e et 3^e costoïdes. Siphon sous-rénal. Fuseau lombaire. Urètre pelvien normal.

Néphropexie droite : Le 4 décembre 1929. Sort guérie le 1^{er} janvier 1930. Les douleurs disparaissant peu à peu.

Malades infectées

OBS. VIII. — M^{me} B..., 45 ans, entrée le 29 août 1930. Malade souffre de ses régions lombaires bilatérales avec prédominance à droite, depuis 1924. Au début, la douleur était supportable survenant par petites crises paroxystiques ; à l'entrée, la douleur est devenue très violente, permanente, sensation de tiraillement, de pesanteur augmentée par la station debout.

Antécédents : *Trois accouchements à terme. Quatre fausses couches.*

Examen : Rein droit palpable.

Bactériologie : *Urines troubles. Infection des deux reins à cocci Gram positif.*

U. P. R. — Les deux reins sont ptosés ; pôle sup. du calice sup. au 1^{er} costoïde ; urétéres anormaux. Fuseau et siphon, mais siphon beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite. C'est pourtant du côté droit, que se plaint le malade nephropexie droite. Suites opératoires normales. La malade dit ne plus souffrir du tout de sa région lombaire. Sort le 15 novembre 1930.

OBS. IX. — M^{me} R..., 38 ans, venue le 21 décembre 1931, pour douleurs de l'hypocondre droit, survenues subitement au mois de mai sous forme de crise violente. La crise se prolonge plusieurs jours. Depuis lors, ces douleurs se répètent une fois par mois avec les mêmes caractères. Pas de troubles urinaires concomitants.

Examen : On sent un rein droit ptosé.

Bactériologie : *Urines totales. Nombreux bâtonnets graves négatif* (colibacilles).

Antécédents : *Une grossesse à terme.* Pas de fausse couche.

U. P. R. : Rein et urètre gauche normaux. A droite, ptose importante, le pôle sup. du calice sup. est au niveau du 3^e costoïde lombaire ; sinuosité urétérale sans coudure franche et sans dilatation nette. Néphropexie droite le 24 décembre 1931. Suites opératoires normales. Sort guérie le 16 janvier 1932.

OBS. X. — M^{me} P..., 24 ans, entrée le 31 août 1932 pour douleurs lombaires droites. Elle avait accouché le 3 mai 1932 et se portait bien quand subitement elle est prise d'une douleur intolérable dans la région lombaire droite. En même temps, température à 40°.

A l'entrée, la température reste élevée pendant deux jours, puis tout s'améliore, mais il persiste une légère pollakiurie (toutes les deux heures) et de la pyurie.

Antécédents : *Première grossesse* en 1928 et déjà elle commence à souffrir de sa région lombaire droite.

Deuxième grossesse en 1930, les douleurs se sont accentuées.

Examen : Rein droit, la palpation de la fosse lombaire droite est douloureuse ; on peut difficilement sentir le rein à cause de la douleur.

Rein gauche : Non douloureux et non palpable.

Bactériologie : Légère infection du rein à bâtonnets gram négatif.

U. P. R. : Rein iliaque avec dilatation de l'urètre et coudure.

Néphropexie droite : Le 14 septembre 1932. Rein très bas et très mobile. Suites opératoires normales. Sort le 6 octobre 1932 ; les douleurs ont disparu.

OBS. XI. — Nous nous permettons de rapporter ici cette observation qui diffère un peu des précédentes en ce sens que la malade était enceinte de deux mois au moment où elle est entrée dans le service ; cependant comme cette malade avait déjà présenté une grossesse huit ans auparavant et que son cliché urétéro-pyélographique montrait des altérations urétérales, cette malade a subi une néphropexie préventive d'accidents plus sérieux.

Histoire de la maladie : Douleurs lombaires bilatérales et signes de cystite.

Antécédent : *Une fillette de 8 ans*. Enceinte de deux mois.

Séparation : Pas de déficience marquée à droite. *Reins infectés* à bâtonnets, Gram négatif.

U. P. R. : Bilatérale.

A droite : Compression de l'urètre droit au détroit supérieur, fuseau lombaire mal rempli à sa partie inférieure, siphon sous-rénal et légère dilatation pyéli-

que ; le pôle sup. du calice sup. est au-dessous de la onzième côte.

A gauche : Fuseau lombaire et dilatation urétérale.

Néphropexie : Préventive d'accidents plus sérieux le 11 octobre 1929. Suites opératoires normales.

Sortie le 8 novembre 1929, très soulagée.

Voilà donc onze observations de malades chez lesquelles il semble bien que la grossesse ait joué le rôle prépondérant dans l'abaissement de leur rein. Chez la plupart de ces femmes, en effet, nous avons retrouvé au niveau de l'urètre des déformations analogues à un degré plus ou moins avancé de l'évolution. Mais ce n'est pas une règle absolument générale, car on peut voir aussi d'autres malades (telle l'observation I), chez lesquelles les lésions urétérales sont minimales ; il est probable que dans ces cas, d'autres raisons interviennent pour expliquer la chute du rein.

Cependant, en présence de ces résultats, on est tout de même en droit de penser que la grossesse est une des causes les plus favorisantes à l'abaissement pathologique du rein. Ici on nous objectera peut-être que la grossesse est un état presque physiologique ; la plupart des femmes bien portantes ont des enfants et relativement peu de femmes sont porteuses de reins mobiles. A cela, nous ferons remarquer que la ptose rénale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense habituellement ; beaucoup de femmes ont des reins mobiles qui sont des découvertes d'examen, ou bien elles ne s'en inquiètent pas parce qu'elles ne souffrent pas. Nos malades de l'hôpital viennent, au con-

traire, parce que leur rein devenu douloureux les gêne considérablement.

Voyons à présent tout un groupe de malades présentant en plus d'une ou *plusieurs grossesses anciennes, soit un passé pelvien pathologique, soit une affection génitale encore en évolution.*

OBS. I. — M^{me} P..., 37 ans, entre le 25 novembre 1932 pour une douleur dans le côté droit ayant débuté un an auparavant accentuée surtout pendant les deux derniers mois et s'accompagnant de cystite. Pollakiurie très marquée (trois ou quatre fois par heure, brûlure à la fin de la miction, mais urines claires et pas d'hématurie.

A l'entrée, malade fatiguée, anorexique ayant maigri de 5 kilogs en deux mois.

A l'examen : Rein droit perceptible à la palpation et douloureux.

Toucher vaginal : Très douloureux, montre un utérus en bonne position, mais les *annexes* surtout à droite sont très douloureuses. Pertes vaginales abondantes.

Antécédents : *A eu trois grossesses menées à terme. Pas de fausses couches.*

Bactériologie : *Deux reins aseptiques.*

Séparation : Pas de déficience fonctionnelle nette.

U. P. R. : Ptose du rein droit. Le pôle sup. du calice sup. entre les 2° et 3° costoïde. Coudure urétérale en siphon au-dessous du bulbe. Urètre normal dans le reste de son parcours plutôt petit.

Néphropexie droite : Le 4 janvier 1933. Suites opératoires normales. La malade sort très améliorée le 28 janvier 1933, cependant quelques signes de cystite persistent encore.

OBS. II. — M^{me} L..., 24 ans, entrée le 6 septembre 1932. Se plaint de douleurs lombaires droites depuis 1931. Depuis un mois, présente chaque jour au moins une crise douloureuse l'immobilisant complètement. Depuis que la malade est alitée, les douleurs sont moins fréquentes et moins fortes. Pas de signes de cystite, urines claires.

A l'interrogatoire, on apprend que depuis plusieurs années, elle présente des pertes blanches très épaisses et très abondantes. Elle avait déjà été soignée pour *métrite*.

Antécédents : *Une fille de trois ans et demi*. Pas de fausse couche.

Examen : Le rein droit est palpable et douloureux à la palpation.

Toucher vaginal : *Masse annexielle droite*.

Bactériologie : Reins aseptiques.

Séparation : Reins comparables au point de vue fonctionnel.

U. P. R. : Ptose du rein droit. Le pôle sup. du calice sup. au 1^{er} costode. Pas de coudure urétérale nette. Les deux urétéres sont remarquablement étroits.

Nephropexie : Le 21 septembre 1932. Suites opératoires normales, la malade sort bien portante le 13 octobre 1932.

OBS. III. — M^{me} N..., 30 ans.

A son entrée le 21 octobre 1929, la malade présentait une cystite intense depuis quinze jours (urine toutes les demi-heures, pertes blanches depuis six mois, *salpingite*).

Antécédents : Appendicectomie il y a quatre ans. *Un enfant* il y a onze ans.

Séparation : Deux reins *aseptiques* et comparables.

Toucher vaginal : Utérus peu mobile. Mais les culs-de-sac sont libres.

U. P. R. : Les deux urétéres sont extrêmement dilatés dans toute la portion lombaire avec à droite ébauche de siphon. Les deux urétéres pelviens sont eux-mêmes dilatés quoique beaucoup moins, ptose minime.

Néphropexie : Le 29 janvier 1930. Suites opératoires normales. Sort le 20 février 1930.

OBS. IV. — M^{me} P..., 48 ans, entrée le 26 mars 1930. Entre dans le service pour douleurs lombaires surtout accusées par la fatigue, l'effort. A certains moments, obligent la malade à rester alitée. Depuis ces dernières années surtout, sensation de tiraillements de pesanteur dans la région rénale droite et l'hypocondre droit.

Antécédents : *Trois accouchements*, 1903, 1906, 1908.

* Opérée en 1913 pour *salpingite* (hystérectomie totale).

Séparation : Pas de déficience fonctionnelle.

U. P. R. : Droite.

Rein droit très ptosé. Petites hydronéphroses.

Néphropexie droite le 7 mai 1930. Suites opératoires normales. La malade sort le 31 mai. Se plaint de souffrir encore de son côté droit.

Une radio de contrôle montre un rein droit en bonne position et en urètre redressé.

OBS. V. — M^{me} G..., 30 ans, entrée le 9 mars 1931 pour douleurs lombaires gauches s'accompagnant de pollakiurie nocturne et urines troubles.

Antécédents génitaux : Pertes blanches depuis très longtemps. En 1920, un enfant à terme ; en 1924, ovariectomie unilatérale (on ne précise pas le côté) ; en 1928, deuxième enfant à terme ; 1929, réveil de sa *salpingite*.

C'est à ce moment que commencent à apparaître les troubles urinaires et les douleurs lombaires.

Séparation : Pas de déficience fonctionnelle. *Reins aseptiques.*

U. P. R. : Ptose rénale gauche peu accentuée, mais avec coudure urétérale nette au-dessous du bulbe, pas d'altérations urétrales manifestes.

Néphropexie gauche : Ptose marquée. Suites opératoires normales. Sort en bonne santé le 18 mai.

Urétéro de contrôle.

OBS. VI. — M^{me} A..., 30 ans, entrée le 8 décembre 1929 pour douleurs lombaires droites plus ou moins continues durant depuis un an, avec crises paroxysmiques s'accompagnant de frissons et de température, mais les urines restent claires.

Antécédents : *Une fausse couche de trois mois à l'âge de 20 ans. L'année suivante un enfant né à sept mois et demi de grossesse. En 1927, soignée pour métrite. En 1929, curettage pour métrorragies.*

Examen : Rein droit ptosé augmenté de volume, douloureux à la pression.

Rein gauche paraît normal.

Bactériologie : Reins aseptiques.

U. P. R. : Ptose rein droit. Pôle sup. du calice sup. entre 2° et 3° costoïde ; très léger fuseau lombaire. Zone sous-rénale mal injectée.

Néphropexie et appendicectomie le 19 décembre 1929. Suites opératoires normales. Sort bien portante le 22 janvier 1930.

Après pexie : injection des calices. Pôle sup. du calice sup. au 1^{er} costoïde.

OBS. VII. — M^{me} G..., 55 ans, entrée le 16 janvier 1930. Est venue consulter pour des douleurs lombaires droites.

Début insidieux : Douleurs continues sans accès pa-

roxystiques ; augmentées par les mouvements, la fatigue, la marche, calmées par le repos.

Antécédents : Opérée d'hystérectomie totale et élargie pour néo du col utérin. Six enfants, pas de fausses couches.

Examen : Palpation, douleur vive à droite et sur tout le trajet de l'urètre.

Toucher vaginal : Aucune induration.

Toucher rectal : Normal.

Séparation des urines : Pas de déficience fonctionnelle.

U. P. R. : Ptose du rein droit. Pôle sup. du calice sup. au 2^e costoïde. Dilatation pyélique en petite hydro-néphrose. Fuseau lombaire. Urètre pelvien remarquablement étroit. Coudure urétérale à angle obtus au 4^e costoïde. Urètre gauche dilaté en totalité.

Néphropexie droite : Le 12 mars 1930. Suites opératoires normales, sort le 12 avril 1930, bien portante.

Obs. VIII. — M^{me} C..., 36 ans, entrée le 9 juin 1932 pour douleurs lombaires droites. Début six ans auparavant après une troisième grossesse.

Antécédents : Opérée d'un kyste de l'ovaire et rétroversion. Après l'intervention continue à souffrir violemment à droite.

A l'entrée, signes de cystite.

Palpation : On sent le pôle inférieur du rein droit.

Toucher vaginal : *Utérus gros fibromateux. Annexe gauche.*

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. entre les 2^e et 3^e costoïdes avec dilatation pyélique et petit siphon sous-rénal, très léger fuseau.

Néphropexie : Le 8 juillet 1932. Suites opératoires normales. La malade sort le 7 août 1932, très améliorée.

Obs. IX. — M^{me} M..., 47 ans, entrée le 19 juillet 1932.

Se plaint de douleurs dans l'hypocondre gauche avec irradiation dans la région lombaire gauche. Début huit ans auparavant aussitôt après une intervention d'hystérectomie subtotale pour *salpingite double avec péritonite*. Sur ce fond de douleurs permanentes, se greffent des crises paroxystiques parfois très violentes.

Antécédents : *Un fils de 26 ans*. Une fausse couche de deux mois. Pas de cystite. Pas de trouble de la miction.

Examen : Palpation. On ne sent pas les reins.

Toucher vaginal : On perçoit un moignon du col.

Séparation : Déficience fonctionnelle gauche.

Bactériologie : *Reins aseptiques*.

U. P. R. : Rein gauche très ptosé. Coudure urétérale.

Néphropexie gauche : Malade sort le 1^{er} septembre 1932, très améliorée.

OBS. X. — M^{me} B..., 37 ans. Entrée le 7 juillet 1932, pour douleurs lombaires bilatérales. La crise pour laquelle elle entre a débuté deux jours auparavant.

En 1927, opérée d'*ovariotomie double*. Trois mois plus tard, cholécystectomie.

Après l'intervention, les douleurs persistent.

Antécédents : *Un fils*.

Examen : Mictions normales. La fosse lombaire droite est très douloureuse à la palpation ; le rein droit est gros ; rein gauche normal.

Séparation : Pas de déficience fonctionnelle.

Reins aseptiques.

U. P. R. : Ptose du rein droit. Pôle sup. du calice sup. au niveau du 2^e costoïde. Siphon à la sortie du bulbe. Fuseau lombaire. Urètre pelvien un peu moins large au-dessous du squelette pelvien.

Néphropexie droite le 16 septembre 1932. Suites opératoires normales. Sort guérie le 7 octobre 1932.

OBS. XI. — M^{me} C..., 29 ans, entrée le 4 octobre 1932, Vient pour douleurs lombaires droites sans signe de cystite. Début deux mois avant son entrée par une crise très violente à droite se prolongeant plusieurs jours. En réalité, à l'interrogatoire, on apprend qu'il y a sept ans que la malade souffre de son côté droit. De plus, pertes blanches abondantes et *salpingite bilatérale* avec prédominance à droite.

Antécédents : *Un enfant mort à l'âge de deux mois.*
Une fausse couche de deux mois et demi.

Examen : A la palpation, on sent nettement le pôle inférieur du rein droit qui semble très ptosé.

Toucher vaginal : Utérus en bonne position. *Masse annexielle droite.*

Séparation : Déficience fonctionnelle droite nette.
Pas de microbes.

U. P. R. : Ptose marquée du rein droit avec coudure urétérale et siphon.

Nephropexie droite : Le 21 octobre 1932. Suites opératoires normales. A la sortie de la malade, la douleur a disparue.

Malades infectées

OBS. XII. — M^{me} P..., 37 ans, entrée le 20 décembre 1930, pour douleurs lombaires bilatérales avec prédominance à droite. Les premiers accidents remontent à 1920, lors d'une grossesse douloureuse terminée au forceps et suivie de dysurie.

1922, nouvelle grossesse. Après accouchement spontané, nouvelle réentention d'urine.

1927, fausse couche de six semaines.

1930, au mois de janvier, la malade est prise subitement de douleurs abdominales très intenses ; elles sont très lourdes, entrecoupées de paroxysmes, puis hémorragiques. Devant ce tableau de

douleurs persistantes, on intervient le 17 février 1930, pour rétroversion et appendicectomie.

Après l'intervention, rétention urinaire, puis dysurie et douleurs lombaires très marquées.

Depuis cette époque, dysménorrhée, pertes jaunâtres, lombalgies, douleurs hypogastriques.

Bactériologie : *Urines infectées à colibacilles.*

Examen : Points ovariens droit et gauche douloureux. A droite, on sent le rein droit au niveau de l'ombilic.

T. V. : Utérus globuleux.

U. P. R. : Ptose rein droit. Pôle sup. du calice sup. au 3^e costoïde, avec siphon sous-rénal et fuseau lombaire. Urètre un peu plus étroit au-dessous du squelette pelvien. Dilatation pyélo-calicienne importante.

Séparation : Pas de déficience fonctionnelle.

Néphropexie : Le 9 janvier 1931. La malade sort très bien portante le 4 février 1931.

OBS. XIII. — M^{me} S..., 27 ans, entrée le 4 mai 1929 pour cystite, douleurs à la miction, *pyurie*, *pollakiurie* ; pas de douleurs lombaires.

Antécédents : *Une grossesse normale à terme. Une fausse couche de six semaines.*

Examen : Reins non perceptibles à la palpation ; fosses lombaires souples.

T. V. : On sent un col allongé déjeté en arrière ; dans le cul-de-sac postérieur, petite masse régulière ferme sous-muqueuse, légèrement déjetée à gauche. En résumé, utérus rétroversé et fixé.

Bactériologie : *Urines totales infectées à colibacilles.*

U. P. R. : A droite, légère dilatation de l'urètre et des cavités pyélo-caliciennes. Siphon au niveau de L4 (Voir cliché, planche n° 2).

Nephropexie droite : Le 29 mars 1929. Suites opératoires normales. Sort guérie le 22 juin 1929.

Au niveau du siphon, petits tractus avec petites veinules entourant l'urètre et le fixant expliquant le siphon. On a cherché jusqu'au détroit supérieur l'explication d'un fuseau au-dessous du siphon ; aucune cause de rétrécissement ou de compression.

Chez toutes ces malades, où les clichés urétéro-pyélographiques nous ont montré des lésions urétérales plus ou moins importantes, quelle est la part de la grossesse et celle de l'affection génitale proprement dite ? Il est bien difficile de savoir exactement la part qui revient à l'une et à l'autre.

Certaines de nos observations pour lesquelles la lésion pelvienne siège du côté de la ptose rénale sembleraient nous conduire à admettre le rôle prépondérant de la lésion pelvienne ; mais il semble bien aussi que la grossesse n'y soit pas complètement indifférente. De toute façon, voici les résultats auxquels nous aboutissons sur treize observations, en dehors de grossesses, nous trouvons :

Cinq malades atteints de salpingite en pleine évolution ;

Quatre malades opérées pour salpingite ancienne ;

Deux opérées pour rétroversion utérine ;

Une rétroversion utérine non opérée ;

Une malade opérée d'hystérectomie élargie pour néo du col utérin.

III. — *Ptose rénale chez des malades atteintes d'affection génitale sans grossesse*

OBS. I. — M^{me} D..., 44 ans, entrée le 15 mars 1932, vient pour douleurs lombaires droites. Début en 1927, par un point douloureux dans cette même région ;

dans les trois derniers mois, gêne beaucoup la malade. Pas de troubles urinaires.

Antécédents : *Opérée d'un fibrome* en 1929.

Examen : Palpation. Rein droit palpable dans la fosse iliaque. Rein gauche, impalpable.

Bactériologie : *Urines aseptiques*.

U. P. R. : Ptose importante du rein droit. Pôle sup. du calice sup. entre les 3^e et 4^e costales. Coudure de l'urètre sous-rénal et de l'urètre pré-sacré à l'entrée dans le bassin sans dilatation urétérale.

Néphropexie droite : Le 29 mars 1932. Sort bien portante le 23 avril 1932.

Obs. II. — M^{me} L..., 22 ans, entrée le 28 décembre 1931. Venue pour crises douloureuses lombo-abdominales droites et hématuries totales. Début en apparence brutal six mois avant son entrée ; en réalité, souffrait à droite depuis un an et demi. Pas de troubles urinaires, mais douleurs permanentes. Par ailleurs, très mal réglée une ou deux fois par an.

Pas de fausses couches ni grossesse. Soignée pour *salpingite*. Opérée d'appendicectomie.

T. V. : Douleur dans les culs-de-sacs.

Examen fonctionnel : Pas de déficience. *Urines aseptiques*.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. au niveau de la douzième dorsale. Dilatation pyélique et siphon sous-rénal.

Néphropexie : Le 13 janvier 1932. La malade sort améliorée le 5 février 1932.

Obs. III. — M^{me} G..., 36 ans, entrée le 27 avril 1932. Se plaint de douleurs lombaires bilatérales avec prédominance à droite. Début cinq ans auparavant immédiatement après une fausse couche de deux mois et demi. A la suite de cette fausse couche, est soignée

pour *méthro-salpingite*. Depuis quinze jours, douleurs plus violentes.

Examen : Palpation. Rein droit ptosé.

T. V. : Douleurs dans les culs-de-sacs. Utérus augmenté de volume.

Séparation : *Reins aseptiques* et comparables.

U. P. R. : Ptose importante du rein droit.

Néphropexie droite le 11 mai 1932. La malade sort le 3 juin bien portante.

OBS. IV. — M^{me} O..., 50 ans. Entrée pour douleurs lombaires droite et cystite apparues un an auparavant.

Antécédents : Il y a dix ans, opérée de *fibrome*. Aurait été soignée pour *salpingite*.

Examen : Palpation à droite. On sent le rein légèrement mobile.

Bactériologie : *Urines aseptiques*.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. au-dessous du 2^e costoïde. Petit siphon au 5^e costoïde. Petit fuseau pré-sacré. Urètre pelvien relativement étroit dans sa partie sup.

Après pexie : Le pôle sup. du calice sup. est au-dessus du 1^{er} costoïde ; coudure redressée.

Néphropexie : Le 24 avril 1932. Suites normales. Sortie le 20 mai 1932.

OBS. V. — M^{me} J..., 38 ans. Vient pour douleurs lombaires droites. En 1925, opérée d'*hystérectomie pour salpingite bilatérale, trois kystes de l'ovaire et fibrome*. Un mois et demi après l'opération, crise de coliques néphrétiques à droite, suivie d'expulsion de calculs. Sept ou huit crises analogues. Mais depuis quatre ans, les crises ne se sont plus reproduites et la malade souffre de façon continue de son côté droit.

Bactériologie : *Reins aseptiques*.

U. P. R. : Rein très ptosé et coudure urétérale.

Néphropexie : Suites normales. Sort soulagée.

OBS. VI. — M^{me} R..., 62 ans, entrée le 15 octobre 1929 pour douleurs lombaires droites sans cystite. Douleur rénale droite discrète. Pas de crises violentes.

U. P. R. : Ptosé rénale droite. Pôle sup. du calice sup. entre 3° et 4° costoïde. Urètre sans grande sinuosité et dilaté dans l'ensemble.

Fibrome utérin calcifié, visible à la radio.

Néphropexie droite : Rein bas situé juxta-iliaque. Pas de coudure urétérale nette. Le 25 novembre, la malade sort de l'hôpital.

OBS. VII. — M^{me} P..., 35 ans. Se plaint le 3 mars 1931, de douleurs lombaires droites avec crises paroxystiques datant de quatre ans. Il y a trois ou quatre mois, signes de cystite.

Antécédents : Hystérectomie le 13 mai 1930. Suites de fausses couches.

Examen : Rein droit palpable et douloureux. Rein gauche non palpable.

Bactériologie : *Reins aseptiques.*

U. P. R. : Rein droit ptosé. Pôle sup. du calice sup. au 2° costoïde, coudure à angle droit au 4° costoïde. Pas de gros fuseau. Pas d'importante altération de l'urètre pelvien. Zone un peu plus étroite à la partie supérieure au-dessous du squelette pelvien.

Néphropexie droite : Le 13 mars 1931. Suites opératoires normales. Urétéro de contrôle.

OBS. VIII. — M^{lle} R..., 24 ans. Malade vient le 5 novembre 1928 pour douleurs lombaires droites irradiant dans la fosse iliaque. Douleurs plus vives depuis trois mois. Signes de cystite concomittante.

Examen : Rein droit accessible à la palpation et dou-

loureux semble être descendu. Deux reins aseptiques et comparables.

T. V. : *Salpingite droite*.

U. P. R. — Rein droit ptosé. Pôle sup. du calice sup. au 3^e costoïde. Coudure urétérale sous-rénale. Urètre sinueux sur tout son parcours et dilaté.

Nephropexie : Le 30 novembre 1928. Malade sort guérie le 26 décembre 1928.

Malades infectées

OBS. IX. — M^{me} B..., 30 ans, entrée le 10 octobre 1929. Entre une première fois dans le service pour douleurs lombaires droites apparues en septembre irradiant vers le pli de l'aîne et empêchant la malade de marcher. En même temps, cystite.

Examen : Palpation difficile, car la malade souffre, mais le rein droit ne semble pas palpable. Rein gauche non palpable et non douloureux. Urines totales infectées à colibacilles.

Antécédents : *Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche pour salpingite* en 1927. Appendicectomie en 1918.

U. P. R. : Deux reins abaissés.

A gauche : Pôle sup. du calice sup. gauche au 1^{er} costoïde ; urètre interrompu au niveau du 3^e costoïde. Il est sinueux. Fuseau lombaire, urètre pelvien relativement étroit.

A droite : Pôle sup. du calice sup. au-dessous du 2^e costoïde. Coudure et fuseau moins accentué qu'à gauche.

Nephropexie gauche : Suites opératoires normales. La malade part en convalescence le 29 novembre 1929.

Elle revient à nouveau le 18 janvier 1930, les douleurs persistant à droite dans la station debout, pour être opérée du côté droit. L'opération n'a pas été pratiquée pour raisons extra-médicales.

Obs. IV. — M^{me} B..., 23 ans, vient le 11 octobre 1928, du pavillon BOUILLY (gynécologie) pour cystite et douleurs lombo-iliaques gauches.

Quatre ans auparavant déjà, crises de cystite ne durant que deux jours.

Le 4 octobre, la malade est prise d'une douleur forte avec sensation de striction dans le côté gauche. Température 39°. Mictions : Toutes les deux heures le jour, trois ou quatre fois la nuit.

Antécédents : Soignée depuis quatre ans *pour métrite*. Pertes blanches abondantes. Pas de grossesses.

T. V. : On ne sent *pas de masse annexielle*.

Bactériologie : Urines totales *infectées* à bâtonnets, Gram négatif.

Séparation : Grosse déficience fonctionnelle gauche.

Elle quitte le service le 28 janvier 1933. La douleur lombaire a disparue.

Obs. II. — M^{me} T..., 24 ans. Douleurs lombaires droites se prolongeant depuis dix ans, apparues par crises de dix à quinze jours. Pas d'antécédents génitaux.

Rein droit perceptible à la palpation dans la fosse iliaque droite.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. droit au 3^e costôide. Coudure à angle aigu au-dessous du bulbe. Petit fuseau lombaire. Urètre pelvien banal.

Néphropexie droite.

Obs. III. — M^{me} M..., 27 ans, entrée le 30 septembre 1931. Vient pour douleurs au niveau du rein droit apparues deux mois auparavant Pas de signes de cystite. Douleurs peu violentes, mais permanentes. *Pas d'antécédents génitaux*.

Palpation : Rein droit palpable et peu douloureux en dehors des périodes de crise.

Rein gauche non palpable non douloureux.

Séparation : Deux reins *aseptiques* et comparables.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. droit au 3° costoïde. A droite : *urétéres doubles* de calibre normal.

Après pexie : Extrémité sup. du calice sup. au 1^{er} costoïde. Suites opératoires parfaites. Sort en bonne santé le 23 octobre 1931, après urétéro de contrôle.

OBS. IV. — M^{lle} D..., 18 ans, entrée le 16 janvier 1933. Douleurs lombaires droites et signes de cystite apparus depuis.

Grosse défécience fonctionnelle gauche.

U. D. 2 cc. 2 cc. 21,37 23,72 0,042 0,047

U. G. 8 cc. 7,5 9,03 11,04 0,077 0,082

U. P. R. : Urétéro gauche décrit des flexuosités. Urétére pelvien étroit avec rétrécissement au détroit supérieur. Dilatation urétérale sous-jacente. Fuseau lombaire. Urétére sous-rénal en siphon avec dilatation des cavités pyélo-caliciennes.

Nephropexie : Le 2 novembre 1928. Suites opératoires normales.

IV. — *Ptose rénale chez des malades
n'ayant présenté aucune affection pelvienne
ni grossesse*

OBS. I. — M^{me} R..., 38 ans, entrée le 22 novembre 1932. Vient pour douleurs localisées à la région lombaire droite s'accompagnant de légers signes de cystite et apparues sept ans auparavant.

Aucun antécédent génital.

Deux reins *aseptiques* et comparables.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. droit au 3° costoïde. Petite dilatation pyélo-calicienne. Petite cou-

ture sous bulbaire. Petit fuseau sacré. Urètre pelvien normal.

Néphropexie droite le 25 novembre 1932. Pendant les suites opératoires subitement la température s'élève à 39°. Vomissements répétés ; malade très fatiguée.

Abdomen ballonné, tendu, on pense à des accidents de péritonite tuberculeuse.

Le 21 décembre 1932, grosse amélioration, on soumet la malade aux rayons U. V., elle quitte le service le 28 janvier 1933. La douleur lombaire a disparue.

OBS. II. — M^{me} T..., 24 ans. Douleurs lombaires droites se prolongeant depuis dix ans, apparaissant par crises de dix à quinze jours.

Pas d'antécédents génitaux.

Rein droit perceptible à la palpation dans la fosse iliaque droite.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. droit au 3^e costôide, coudure à angle aigu au-dessous du bulbe, petit fuseau lombaire. Urètre pelvien banal.

OBS. III. — M^{me} M..., 27 ans, entrée le 30 septembre 1931, vient pour douleurs au niveau du rein droit apparues deux mois auparavant. Pas de signes de cystite. Douleur peu violente, mais permanente.

Palpation : Rein droit palpable et peu douloureux en dehors des périodes de crise. Rein gauche non palpable, non douloureux.

Séparation : Deux reins aseptiques et comparables.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. au niveau du 3^e costôide.

Urètres doubles de calibre normal.

Après pexie : Extrémité sup. au 1^{er} costôide.

Néphropexie droite : Suites opératoires parfaites, sort en très bonne santé après U. P. R. de contrôle.

OBS. IV. — M^{lle} D..., 18 ans, entrée le 16 janvier

1933. Douleurs lombaires droites et signes de cystite apparus depuis trois mois.

Antécédents : Invagination intestinale à l'âge de 10 ans (opérée), éventration en février 1932, hernie inguinale en avril 1932.

Palpation : Rein droit facilement palpable très mobile descend jusque dans la fosse iliaque droite.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. droit au-dessous du 2^e costoïde. Légère distension pyélo calicienne. Coudure au-dessous du bulbe. Léger fuseau. Urètre pelvien normal.

Néphropexie droite le 27 janvier 1933. Suites opératoires normales sortie le 18 février 1933.

OBS. V. — M^{me} E..., 34 ans, entrée le 1^{er} octobre 1932. Douleurs lombaires droites apparues depuis cinq ou six mois d'abord, sensation de tiraillements de pesanteurs, puis il y a deux mois crise très violente à droite nécessitant le repos au lit pendant une huitaine de jours. Pas de cystite.

Pas d'antécédents génitaux.

Palpation : On sent un rein droit très ptosé. Urines infectées à colibacilles.

U. P. R. : Ptose du rein droit et coudure urétérale.

Néphropexie droite le 12 octobre 1932. Sort guérie le 4 novembre 1932.

Des cinq observations que nous venons d'étudier deux sont à éliminer d'emblée, ce sont les observations (3) à urètres doubles qui relèvent du cadre des malformations congénitales et (4) la malade ayant présenté une éventration. Il nous reste donc trois observations où vraiment aucun antécédent n'a pu être décélé. Enfin, pour terminer cette étude, nous allons voir rapidement les observations de quatre au-

tres malades chez lesquelles il a été impossible de retrouver des affections pelviennes proprement dites, mais qui ont subi antérieurement des appendicectomies. Or, de nombreux travaux en particulier une communication de Marcel LAQUIÈRE dans le *Journal d'Urologie*, d'août 1926, ont insisté sur les relations entre rein mobile droit et appendicite.

Obs. I. — M^{me} L..., 35 ans, entrée le 16 juin 1930. Début imprécis depuis l'âge de 14 ans. Sensation de tiraillement plutôt que douleurs vraies. Pas de cystite.

Palpation : On perçoit le rein droit dans la fosse iliaque. Il est douloureux et mobile.

Antécédents : *Appendicectomie* neuf ans auparavant.

U. P. R. — Rein droit très ptosé. Urètre coudé.

Radio : Le pôle inférieur du rein n'est séparé que de un travers de doigt de la crête iliaque.

Néphropexie droite le 19 juillet. Le 17 août, sort en bonne santé.

Obs. II. — M^{lle} C..., 24 ans, entrée le 5 mars 1930 pour douleurs dans la région lombaire droite. Souffre depuis huit à dix ans. Urines très troubles. Pas d'hématurie. Cystite.

Antécédents : *Appendicectomie* en 1926.

Palpation : Réveille une douleur dans la fosse iliaque droite et permet de sentir un rein droit bas situé très mobile.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. entre D12 et L1, urètre dilaté dans l'ensemble sans coudure nette. Dilatation légère du bassin.

Néphropexie : Le 28 mars 1930. Suites opératoires normales, mais la cystite persiste, la malade reste dans

le service jusqu'au 1^{er} juin 1930. Elle sort ensuite, les urines sont plus claires, les mictions moins douloureuses.

OBS. III. — M^{lle} T..., 24 ans, entrée le 10 novembre 1931, pour douleurs lombaires droites. Ces douleurs datant de huit mois ont débuté par des élancement et de la cystite.

Urines troubles : Depuis les deux derniers mois, la douleur est plus forte.

Antécédents : *Appendicectomie en 1919.*

Palpation : A droite, douleur vive, contact lombaire assez net, rien à gauche.

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. entre 3^e et 4^e costoïde. Légère dilatation pyélique. Petite coudure sous-rénale, rien d'anormal plus bas.

Après pexie : Pôle sup. du calice sup. au-dessus du 3^e costoïde, coudure en partie redressée.

OBS. IV. — M^{lle} M..., 25 ans, entrée le 29 juin 1932 pour douleurs lombaires droites survenues un mois auparavant. Début brutal très violent, en même temps *urines troubles*, quelques signes de cystite. A l'entrée, douleur persistante à droite. Les troubles urinaires disparaissent peu à peu, mais la palpation révèle un rein droit abaissé. Deux reins aseptiques et comparables.

Antécédents : *Appendicectomie en 1922.*

U. P. R. : Pôle sup. du calice sup. au 2^e costoïde, légère distension pyélique, petit siphon sous-rénal. Fuseau urétéral pré-sacré, urètre pelvien normal.

Néphropexie le 6 juillet 1932. Suites opératoires normales, la malade sort du service bien portante.

Après pexie : Rein remonté, urètre redressé.

EN RÉSUMÉ

D'après l'étude détaillée de nos observations, voici les résultats auxquels nous arrivons :

Sur un total de 43 observations de reins mobiles fixés, nous trouvons :

I. — *Onze* malades ayant présenté une ou plusieurs grossesses sans autre antécédent génital, dont :

Trois primipares ;

Huit multipares (dont deux grandes multipares douze enfants, sept grossesses.

II. — *Treize* malades présentant en dehors de leur grossesse, soit un passé pelvien chargé, soit une affection génitale encore en évolution :

Six malades atteintes de salpingite en évolution ;

Trois hystérectomisées pour salpingite ancienne ;

Une opérée d'ovariotomie unilatérale pour salpingite ;

Deux opérées de rétroversion utérine ;

Une hystérectomisée pour néo du col utérin.

III. — *Dix* malades atteintes d'affections pelviennes isolées :

Quatre salpingites en évolution ;

Deux fibromes opérés ;

Un fibrome non opéré ;

Trois hystérectomies ou castration pour salpingite

IV. → *Quatre* malades opérées d'appendicectomie sans autres affections ni grossesses.

V. — *Cinq* malades sans passé génital aucun, mais dont une était opérée d'éventration et l'autre présentant un urètre double entre dans le cadre des malformations congénitales.

CONCLUSIONS

— Le rein est normalement mobile avec les mouvements du diaphragme. Il monte et descend dans le coussinet graisseux fluide constitué par la graisse périrénale. Les mouvements sont limités en bas avant tout par l'élasticité de son pédicule.

— Dans les mouvements physiologiques du rein, la portion originelle de l'urètre descend avec le bassin ; la portion sous-rénale de l'urètre seule, au contraire reste fixe. Il y a là un axe, véritable « charnière urétérale » sur lequel on n'insiste pas d'habitude autant qu'il convient.

— Lorsque le rein est anormalement mobile, il entraîne dans sa descente exagérée, l'urètre juxta-pyélique ; la charnière urétérale s'accroît. Les suturements qui se produisent à ce niveau sont à la base des phénomènes qui vont faire du rein mobile un rein douloureux, un bassin rétentionniste prédisposé à l'infection.

— De toutes les pathogénies invoquées pour expliquer le rein mobile, il n'en est aucune pour satisfaire pleinement l'esprit.

— Etudiant le rein mobile au moyen de l'urétéro-pyélographie rétrograde qui permet d'obtenir l'image de l'urètre en totalité, notre Maître M. CHEVASSU a été frappé de voir la fréquence des altérations de

l'image urétérale non seulement au niveau de la zone juxta-rénale, mais plus bas particulièrement dans la région pelvienne.

— Les altérations de l'urètre consécutives à la pathologie de l'appareil génital de la femme et à la grossesse ont été bien mises en relief par l'urétéro-pyélographie rétrograde. Le syndrome fuseau lombo-sacré, siphon sous-rénal, et dilatation pyélique en est l'expression habituelle.

— M. CHEVASSU s'est demandé si ce syndrome n'est pas capable de faciliter la production de reins mobiles et de tenir au moins un certain nombre de reins mobiles sous sa dépendance.

C'est cette question que notre travail a cherché à résoudre en se basant sur les observations de quarante-trois reins mobiles opérés dans le service de Chirurgie Urinaire du Pavillon ALBARRAN tous étudiés au moyen de l'U. P. R.

— Il en résulte que si la ptose rénale coïncide souvent avec des modifications de l'ensemble de l'urètre, cette coïncidence est loin d'être constante.

— Si le rôle des altérations urétérales pelviennes peut être invoqué comme hypothèse pathogénique dans la production d'un certain nombre de reins mobiles, cette hypothèse est loin de s'appliquer à la totalité d'entre eux.

Il est probable que dans la plupart des cas, l'altération urétérale d'origine pelvienne ne joue que le rôle d'adjuvant ; le relâchement de la paroi abdominale, la diminution rapide du coussinet adipeux périrénal, les



PLANCHE I



PLANCHE II

troubles apparemment d'origine sympathique qui tiennent tant de ptoses sous leur dépendance jouent sans doute le rôle capital.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MARION.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Rétrécissements de l'urètre (*Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET, t. VIII, p. 963).
- M. CHEVASSU. — Urétéro-pyélographie rétrograde (Série de communications).
- *Encyclopédie Française d'Urologie* (Tome II).
- *Les Cahiers de Radiographie*, supplément au n° 18 de la *Gazette Médicale de France*.
- A. CORDIER. — *Thèse Paris*, 1933 « L'anatomie de l'urètre ».
- DEBILLOT. — Le rein mobile chez les enfants (*Thèse de Montpellier*, 1910-1911).
- Marcel LAQUIÈRE. — Rein mobile droit et appendicite (*Journal d'Urologie*, août 1926).
- LEGUEU. — *Traité de Chirurgie d'urologie* (2^e édition). Le rein mobile.
- Relation pathologique entre appareil urinaire et appareil génital de la femme.
- POTEL et CORDIER. — Pourquoi le rein mobile est-il plus fréquent à droite qu'à gauche (*Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, Paris 1923, xv, p. 161-180).
- REYNIER. — Pathogénie du rein mobile et des ptoses en général (*Académie de Médecine*, 25 juillet 1907, p. 131).
- A. PELLÉ. — *Thèse Paris*, 1930 « Les rétrécissements de l'urètre pelvien chez la femme ».
- VOLKOW et DELITZINE. — Pathogénie du rein mobile (*Société de Médecine Russe de Saint-Petersbourg*, 12 décembre 1897).
Recherches expérimentales sur les causes du rein flottant.

Impfimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°
